



# CT・MRI検査 申込書

(事務局記入欄)

該当するものに○をつけてください

CT検査 ・ MRI検査 ・ 場合により両方

希望日	第一希望	年	月	日	時	分
	第二希望	年	月	日	時	分
※貴院休診日のお受付はできかねます。必ず連絡の取れる日をご予約ください						
葉月会	会員 ・ 会員外					
貴院名			担当獣医師名			
貴院住所	〒 -					
ご連絡先	※診察日当日に確実に連絡の取れる電話番号をお書きください					
	電話( )		携帯( )			
	FAX番号					
	Email @					
飼い主のお名前 (※保険登録名)	フリガナ		飼い主電話番号			
動物の名前 (※保険登録名)			動物の性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス		
動物の種類	犬・猫・その他( )		動物の品種			
動物の生年月日	年		月	日( 歳	ヶ月)	
体重	kg		マイクロチップ	なし・あり(部位: )		
最も問題とする点						
既往症	なし ・ あり(内容: )					
来院予定者	飼い主のみ・主治医のみ・飼い主と主治医					
持参可能な検査結果	レントゲン・血液検査・エコー・その他( )・無し					
費用の請求先	飼い主様支払い ・ 当日病院支払い					
卒後教育のために参考症例として使用することを <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない						
飼い主に対し麻酔のリスクを説明し、インフォームドコンセントを貰っていることを誓約します。						
紹介獣医師名: _____						印